

# Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro\*

THE MEANINGS THAT POSTPARTUM WOMEN ASSIGN TO GESTATIONAL HYPERTENSION AND PREMATURE BIRTH

SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR PUÉRPERAS A LOS SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DE LA GRAVIDEZ Y NACIMIENTO PREMATURO

Nilba Lima de Souza<sup>1</sup>, Ana Cristina Pinheiro Fernandes Araujo<sup>2</sup>, Iris do Céu Clara Costa<sup>3</sup>

## RESUMO

Este estudo objetivou compreender os significados de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez que tiveram como consequência o parto pré-termo. Participaram 70 mulheres com idade média de 28 anos e para 85,7% delas o parto ocorreu entre 32 e 36 semanas de gestação. Foi aplicado um questionário com questões subjetivas, com a finalidade de identificar os significados das síndromes hipertensivas da gravidez e do parto prematuro para puérperas. Os resultados foram analisados com base no referencial teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais. Evidenciou-se a construção de uma representação social de caráter negativo, que teve como núcleo central a morte e como periféricos os aspectos negativos decorrentes dos riscos aos quais estiveram expostos mãe e feto durante a gravidez e o parto e, posteriormente, no período puerperal, com a hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

## DESCRIPTORES

Gravidez de alto risco  
Pré-eclâmpsia  
Prematuro  
Enfermagem obstétrica

## ABSTRACT

The objective of this study was to understand the meanings that postpartum women assign to gestational hypertension that resulted in premature birth. Participants were 70 women, with a mean age of 28 years, 85.7% of whom delivered between the 32nd and 36th gestational week. A questionnaire with subjective questions was applied to identify the meanings of gestational hypertension and premature delivery for postpartum women. Results were analyzed based on the Theory of Social Representations. We observed the construction of a negative social representation, with death as the central nucleus and negative aspects as the peripheral nuclei. The latter derive from the risks the mother and fetus were exposed to during pregnancy and later in the postpartum period with the hospitalization of the child in the neonatal intensive care unit.

## DESCRIPTORS

Pregnancy, high-risk  
Pre-eclampsia  
Infant, premature  
Obstetrical nursing

## RESUMEN

El estudio objetivó comprender los significados de puérperas sobre los síndromes hipertensivos en gravidez que tuvieron como consecuencia un parto prematuro. Participaron 70 mujeres, media de edad de 28 años, para el 85,7% de ellas el parto ocurrió entre las 32 y 36 semanas de gestación. Se aplicó cuestionario con preguntas subjetivas, con el fin de identificar los significados de los síndromes hipertensivos de la gravidez y del parto prematuro para puérperas. Los resultados fueron analizados con base en referencial teórico-metodológico de Representaciones Sociales. Se evidenció la construcción de una representación social de carácter negativo, que tuvo como núcleo central la muerte y como periféricos los aspectos negativos derivados del riesgo al cual estuvieron expuestos madre y feto durante la gravidez y el parto y, posteriormente, en el período puerperal, con la hospitalización del niño en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

## DESCRIPTORES

Embarazo de alto riesgo  
Preeclampsia  
Prematuro  
Enfermería obstétrica

\* Extraído da tese "Significados e percepções de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e parto prematuro", Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009. <sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. [nilbalima@ufrnet.br](mailto:nilbalima@ufrnet.br) <sup>2</sup> Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. [crysaraujo@uol.com.br](mailto:crysaraujo@uol.com.br) <sup>3</sup> Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. [iris\\_odontoufrn@yahoo.com.br](mailto:iris_odontoufrn@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

As mudanças fisiológicas que ocorrem no período gravídico comumente são bem toleráveis para a maioria das mulheres. Entretanto, algumas desenvolvem intercorrências que alteram o curso natural da gestação e passam a representar alto risco materno e fetal. Dentre os agravos que caracterizam a gravidez de alto risco encontram-se as síndromes hipertensivas da gravidez (SHG), com variações no seu grau de gravidade, sendo a pré-eclâmpsia a de maior incidência, que juntamente com as demais desordens hipertensivas são responsáveis por mortes maternas, especialmente em países em desenvolvimento<sup>(1-2)</sup>.

No Brasil, os dados demonstram que aproximadamente 10% das gestações evoluem para o alto risco gravídico e as SHG são as principais causas de óbito materno e fetal, sendo as maiores ocorrências registradas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e as menores na região Sudeste<sup>(1)</sup>. Essas síndromes possuem manifestações heterogêneas clínicas e laboratoriais de causas desconhecidas que geram discussões na comunidade científica em virtude da sua repercussão materna, fetal, familiar e social.

No tocante às repercussões fetais e neonatais, a prematuridade é uma das complicações mais frequentes das SHG, em consequência de trabalho de parto espontâneo ou por conduta obstétrica de interrupção da gravidez, decorrente do comprometimento materno e fetal<sup>(3)</sup>.

Estudos que investigaram a associação entre hipertensão na gravidez e parto pré-termo evidenciaram que as SHG podem aumentar a incidência de nascimento prematuro, visto que a prematuridade variou de 3,9% a 14,1%, de acordo com a gravidade da doença<sup>(4)</sup>. Nesse cenário, a pré-eclâmpsia recorrente apresentou maior risco de resultados adversos na gravidez, como o parto pré-termo, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro de placenta e morte fetal<sup>(2)</sup>. Também foi observado que as mulheres com hipertensão na gravidez tiveram maior necessidade da indução do trabalho de parto na 36ª semana de gravidez<sup>(6)</sup>.

No Brasil, uma análise feita sobre as causas da prematuridade revelaram que as SHG foram responsáveis por 38% dos nascimentos pré-termo, sendo considerado o grupo de maior risco para prematuridade as mulheres que receberam tratamento anti-hipertensivo, provavelmente por tratar-se dos casos mais graves<sup>(5)</sup>.

Como consequência do parto pré-termo, há uma tendência para que os recém-nascidos necessitem de cuidados intensivos. Nesse sentido, um estudo revelou que em 156 casos de pré-eclâmpsia cujos partos ocorreram entre 35 e 37 semanas de gestação, 33% dos recém-nascidos necessitaram de cuidados intensivos, com permanência

na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN variando de 3 a 10 dias de hospitalização<sup>(6)</sup>.

Dessa forma, percebe-se que as SHG se apresentam como uma das principais causas de nascimentos prematuros e consequente hospitalização em UTIN. Entretanto, para evitar resultados maternos e fetais desfavoráveis, faz-se necessário o conhecimento da fisiopatologia, o diagnóstico precoce, adequado acompanhamento pré-natal e tomada de decisão oportuna diante das complicações.

Em outras abordagens, autores também consideram a importância de valorizar os aspectos emocionais presentes na gravidez que cursa com hipertensão e ameaça de parto prematuro. Entre esses, alguns revelaram que as mulheres, quando vivenciam uma gravidez de alto risco, enfrentam uma infinidade de questões espirituais e emocionais que podem influenciar a sua saúde e a dos seus recém-nascidos<sup>(7)</sup>. Diante dessa constatação, acredita-se que as SHG conferem a possibilidade da mulher ter complicações de ordem emocionais com repercussões a longo prazo.

...acredita-se que as síndromes hipertensivas da gravidez conferem a possibilidade da mulher ter complicações de ordem emocionais com repercussões a longo prazo.

Frente à problemática dos aspectos emocionais que envolvem a mulher com gravidez de alto risco e especialmente nos casos das SHG, como enfermeira-docente de unidade neonatal e de alojamento conjunto, observo cotidianamente as inseguranças, dúvidas e medos demonstrados por mães cuja gravidez cursou com SHG, seguida de parto pré-termo e hospitalização do filho na UTIN. Ressalta-se que, por terem vivenciado uma gravidez considerada de alto risco, esses riscos continuam existindo no período puerperal, potencializando as incertezas maternas quanto ao seu bem-estar e em especial o do filho, agravados por uma assistência voltada à valorização dos aspectos fisiopatológicos da doença, tanto no que se refere à mulher como ao neonato de alto risco.

Nessa perspectiva, houve o interesse em conhecer os aspectos subjetivos que cercam a maternidade em uma situação de alto risco gravídico e, dessa forma, reconheceu-se a necessidade de investigar o contexto das SHG para mulheres que experienciaram o nascimento de um filho prematuro como consequência dessas síndromes e a hospitalização na UTIN.

## MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo do tipo qualitativo. A pesquisa foi realizada em uma maternidade pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Essa instituição é referência estadual para gestação, parto, puerpério e nascimento de alto risco. Em média, registra a ocorrência de 400 partos por mês e, destes, 16% são pré-termos. No ano de 2007, o número de admissões de mulheres consideradas de alto risco materno e fetal foi de

460 pacientes, das quais 380 estavam relacionadas às SHG e, dentre essas, ocorreram 208 partos prematuros<sup>(8)</sup>.

Participaram do estudo 70 mulheres que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: terem desenvolvido SHG, estarem com 48 horas ou mais de pós-parto pré-termo e terem realizado no mínimo duas visitas ao filho prematuro na UTIN.

As entrevistas foram conduzidas na unidade de internamento das puérperas. As participantes foram convidadas a falar de forma sequenciada sobre suas vivências com relação à gravidez que cursou com síndromes hipertensivas, parto pré-termo e hospitalização do filho na UTIN. Cada entrevista durou aproximadamente 30 minutos e elas foram gravadas com autorização prévia das pesquisadas. As respostas foram agrupadas de acordo com os temas propostos.

Os dados foram processados pelo *software* ALCESTE 4.8 (Análise Lexical por Contexto em um Conjunto de Segmentos de Texto). Esse programa efetua de maneira automática a análise das entrevistas, quantificando o texto e extraindo os significados mais fortes da estrutura textual.

As palavras com maior evocação e com maior significado, na estrutura textual, recebem maior qui-quadrado ( $\chi^2$ ). No entanto, consideram-se significantes palavras com menor qui-quadrado, dependendo do contexto no qual estão inseridas. Para efeitos avaliativos, neste estudo foram consideradas significantes as palavras com qui-quadrado superior a 10. Todos esses procedimentos são realizados sem interferência do pesquisador, uma vez que o ALCESTE foi elaborado com o intuito de preservar o caráter aleatório e intencional das informações<sup>(9)</sup>.

A análise e interpretação dos resultados tiveram como referencial teórico metodológico a Teoria da Representação Social<sup>(10)</sup>, fundamentada na Teoria do Núcleo Central<sup>(11)</sup>, que permitiu identificar construções de aspecto cultural através de significados e sentidos trazidos pelas mulheres com a vivência das SHG e suas consequências, dentre elas o nascimento prematuro e hospitalização do filho na UTIN. Os resultados foram agrupados em quatro classes: representação da gravidez com síndromes hipertensivas; representação da prematuridade como consequência das SHG; representação sobre a hospitalização do filho na UTIN; e, por fim, representação das SHG que tiveram como consequência o parto prematuro e a hospitalização na UTIN.

Na apresentação dos resultados, visando preservar a identificação dos sujeitos, as mães foram codificadas por nomes de pedras preciosas. A permissão para o estudo foi obtida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN) sob o nº 195/06. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido conjuntamente com cada participante e assinado por todas, antes de serem entrevistadas.

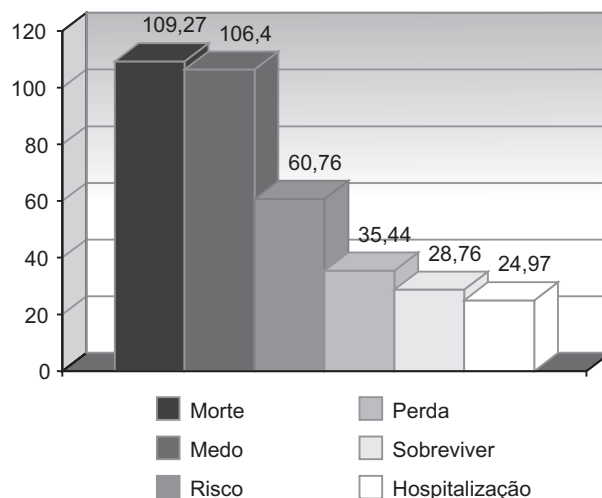
## RESULTADOS

As participantes tinham idade média de 28 anos, a maioria casada ou em união consensual, sua renda mensal perfazia até três salários mínimos e o grau de instrução foi prevalente para nove anos de estudo (58,60%). O número médio de consultas pré-natais foi de quatro consultas e a maioria (n=48) realizou cinco ou mais consultas, considerada uma boa frequência ao pré-natal, visto que o parto para todas elas ocorreu antes do termo, com registro de 85,7% ocorridos entre 32-36 semanas de gestação. Houve predomínio do parto cesário (90%) e 57,14% eram primíparas.

Na etapa seguinte são apresentadas as quatro classes semânticas emergidas deste estudo.

### Classe I – Representação da gravidez com síndromes hipertensivas

Analizando a Figura 1, observa-se que as SHG foram fortemente representadas pelo vocábulo *morte* ( $\chi^2$  109,27) e que as demais evocações, como *medo* ( $\chi^2$  106,4), *risco* ( $\chi^2$  60,76), *perda* ( $\chi^2$  35,44) e *sobreviver* ( $\chi^2$  28,76), relacionam-se às incertezas maternas quanto à própria sobrevivência e à do filho.



**Figura 1** – Palavras que representaram para 70 puérperas as síndromes hipertensivas da gravidez

Na análise das falas maternas, foi identificado que as entrevistadas consideraram o aumento nos níveis da pressão arterial como fator caracterizador das SHG e de risco materno e fetal. Nesse aspecto, é importante destacar que os discursos revelam uma correlação feita pelas mulheres entre o que é apreendido pelo saber popular, sobre os riscos gravídicos inerentes à pressão alta na gravidez, e o que foi absorvido do conhecimento científico frente à doença instalada. Porém, detectou-se que esses conhecimentos são limitados e a gravidade clínica somente passou a ser percebida mediante a necessidade do atendimento em um serviço de maior complexidade.

A gente não tem ideia de que está vivendo um problema tão sério. Somente quando me disseram que eu precisava ficar hospitalizada foi que caiu a ficha e eu percebi que a coisa era grave. A sensação que eu tive foi que a vida tomou um rumo no qual eu não tinha mais controle. Você deixa de ser dona da sua própria vida — Diamante.

Eu fui hospitalizada às pressas para não morrer e nem perder o bebê. Não tive tempo de me organizar, nem de organizar minha família. Você deixa tudo: família, trabalho, vida... É terrível. A gente sabe que a pressão alta é ruim, mas eu não sabia que na gravidez causava tantos transtornos — Esmeralda.

Assim, a palavra *hospitalização* ( $\chi^2 24,97$ ) surgiu como meio de preservar a vida materna e fetal, sendo compreendida como necessária para evitar um desfecho desfavorável da gravidez. De forma contrária, ela também se configurou como desencadeadora de dificuldades maternas, por afastar abruptamente a mulher do seu convívio social e familiar e por submetê-la a uma rotina hospitalar rígida.

Dessa forma, os relatos maternos a seguir, cuja ideia é comum a 92% das entrevistadas, reforçam os resultados obtidos na Figura 1, nos quais se observa que as dificuldades vivenciadas com as SHG se ancoraram no receio da morte e encontraram objetivação quando as mulheres necessitaram de hospitalização precoce.

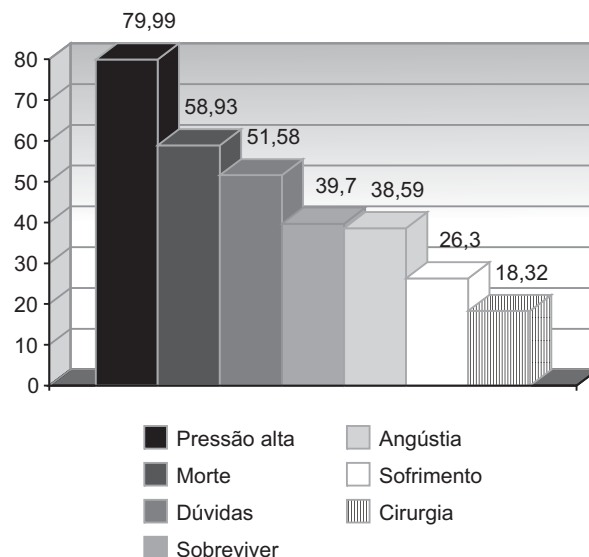
Representou conviver com o medo da morte, o medo de perder o bebê ou de nós dois não sobreviver, porque a gente pensa logo que vai morrer. Você fica internada, em repouso, comendo sem sal e só recebe notícias ruins. A pressão arterial não baixa, o bebê dentro da barriga sofrendo... É um sufoco! — Água Marinha.

Quando disseram que eu tinha uma gravidez de alto risco, eu me vi morta! Eu me senti uma pessoa inútil, sem forças para lutar, e isso só aumentava ainda mais a minha pressão. Não tinha remédio que fizesse baixar. Eu tive que ser hospitalizada às pressas para ver se não morria e nem perdia meu bebê — Topázio.

Por meio dessas falas foi possível detectar a sobrecarga emocional a que estavam submetidas as mulheres com SHG. A confirmação do alto risco gravídico reforçou a ideia prévia de morte que as mesmas traziam do senso comum. Além disso, elas demonstraram reconhecer que o estresse vivenciado favorecia a ineficácia da terapêutica medicamentosa para o controle da hipertensão na gravidez.

### Classe II – Representação da prematuridade como consequência das síndromes hipertensivas da gravidez

Nessa categoria, buscou-se investigar o conhecimento das puérperas sobre a influência das SHG para o parto pré-termo. Assim, conforme observado na Figura 2, o vocábulo *pressão alta* surgiu com maior qui-quadrado ( $\chi^2 79,99$ ), confirmando a associação feita pelas mulheres entre a pressão alta na gravidez e o nascimento prematuro.



**Figura 2** – Palavras que representaram para 70 puérperas a prematuridade como consequência das síndromes hipertensivas da gravidez

Entretanto, ao aprofundar nos discursos, observou-se que 85% das mães também se sentiam culpadas por não terem seguido as orientações médicas quanto à dieta, repouso e tratamento indicado para o controle hipertensivo, atribuindo para si a responsabilidade pelo nascimento prematuro do filho, assim revelado:

Eu acho que foi por causa desses meus problemas de pressão alta. Eu podia também ter tido mais cuidado durante a gestação. Eu não gostava de comer sem sal. Então, eu acho que também eu tenho minha parcela de culpa por ele ter nascido antes do tempo — Safira.

Eu gostava de açúcar... Talvez se eu tivesse tido mais repouso, tivesse me alimentado melhor, comido sem sal, podia ter evitado isso. Tem dias que eu me sinto culpada por não ter me cuidado melhor e pelo meu filho ter nascido prematuro — Rubi.

Com esses resultados, percebe-se que as representações construídas pelas puérperas sobre a prematuridade recebem influência do conhecimento adquirido do saber científico de que a pressão alta pode levar à prematuridade, mas também do saber consensual que atribui à mulher a responsabilidade pela incapacidade de gerar filhos saudáveis. Tal situação aflora sentimentos de culpa e faz com que as mães adotem com os prematuros uma postura de doação e cuidados, concentrando esforços para ajudar na sua sobrevivência e, por vezes, desconsideram os próprios riscos puerperais, presentes na persistência da elevação dos níveis pressóricos pós-parto.

Prosseguindo com a análise da Figura 2, observa-se que a palavra *morte* surgiu com forte representatividade diante do nascimento pré-termo, como a segunda mais evocada ( $\chi^2 58,97$ ). Em seguida são encontradas as palavras que revelam os sentimentos vivenciados pelas mu-



Iheres com o nascimento de um filho prematuro: *angústia*, *sofrimento* e *dúvidas*. Já o vocábulo *cirurgia* ( $\chi^2 18,32$ ) é revelado como resolução das SHG que não respondem ao tratamento específico e como forma de reduzir riscos à vida da mãe e do feto, situação vivenciada pela maioria das mulheres que foram submetidas ao parto cesariano.

### Classe III – Representação de puérperas sobre a hospitalização do filho na UTIN

Como consequência do nascimento prematuro, surge a hospitalização do filho na UTIN e, conforme observado na Figura 3, a palavra *sobreviver* apresenta maior qui-quadrado ( $\chi^2 52,09$ ). Porém, na análise das falas maternas, observa-se que essa palavra é originada das *dúvidas* maternas quanto à sobrevivência do filho, reforçando o sentido de morte também presente no contexto da UTIN.

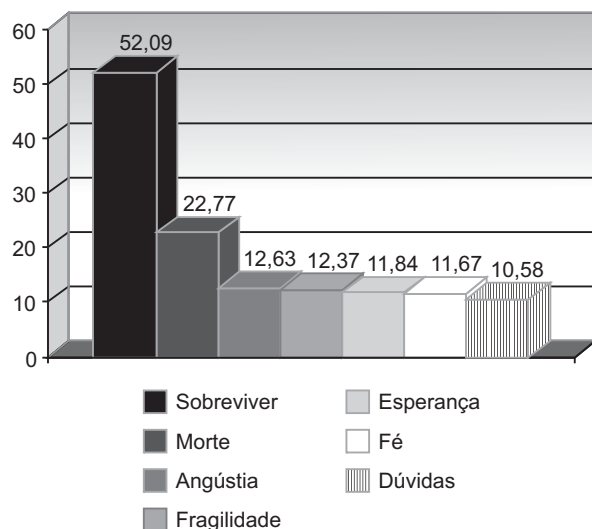


Figura 3 – Palavras que representam a UTIN para 70 puérperas

Detectou-se igualmente que a gravidade do filho foi concretizada por ocasião da primeira visita à UTIN, quando as mães se deparavam com a *fragilidade* ( $\chi^2 12,37$ ) de um bebê pequeno, submetido a tratamentos invasivos. Nessa situação, afloram sentimentos de *angústia* ( $\chi^2 12,63$ ) e surge a *fé* ( $\chi^2 10,58$ ) como estratégia de enfrentamento materno diante do significado que atribuem à UTIN, como um espaço muito próximo da morte, assim revelado por 95% das entrevistadas, a exemplo dos trechos maternos a seguir:

Quando falaram que ele precisava ir pra UTIN, eu pensei logo que era o fim. Achei que ele não saía mais de lá e que eu ia voltar para casa sem o meu filho — Ágata.

Porque a ideia que você tem da UTIN é que só vai bebê que está muito grave. A gente pensa logo que ele vai morrer. E eu já soube que muitos bebês entram lá e morreram — Jade

Nota-se que, com o passar dos dias, antagonicamente a UTIN é ressignificada como fonte de vida, um lugar que ajuda na sobrevivência do filho. Esse espaço antes tido co-

mo de *morte* passa a ter o sentido de *esperança* ( $\chi^2 11,84$ ) e de estranho passa a ser aliado na busca da sobrevivência do filho, conforme revelado por 75% das entrevistadas:

A UTIN representa o lugar que salva vida deles. É difícil, mas eu acho que é o único. A última tentativa de salvar a vida daqueles bebês, mesmo sabendo que lá eles sofrem muito, que é um lugar difícil tanto para mãe como para o bebê — Turmalina.

Gera angústia, mas é necessário eles irem pra lá. A UTIN acaba sendo uma esperança, porque enquanto está lá a gente tem esperança que eles sobrevivam. Lá tem todos os cuidados que os bebês precisam para sobreviverem — Ametista.

As dificuldades e incertezas expressadas pelas mães não impediram que elas fizessem referências aos cuidados técnicos dispensados aos filhos na UTIN.

Na UTIN a mãe passa por momentos muitos difíceis. Tem alguns profissionais que tratam as mães de forma muito dura. Às vezes eu acho que eles não gostam muito de dar explicação sobre o estado do bebê. Porém, de um modo geral, a equipe é muito bem preparada para cuidar dos bebês e eles só morrem se tiverem de morrer, porque não falta assistência de qualidade — Cristal.

Eles são bons profissionais, porém eu acho que precisava melhorar a comunicação com a gente. É importante para mãe e até para família ter informação sobre o estado de saúde do bebê. Tem momentos que eles explicam e a gente não entende, porque eles falam difíceis e ficam irritados quando a gente diz que não entendeu — Opala.

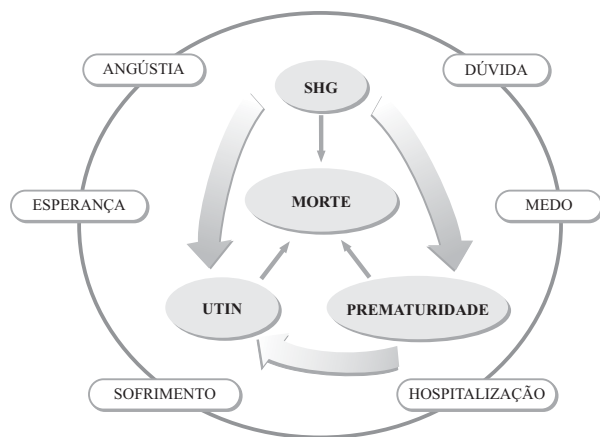
Essas falas expressam também que as mães, apesar de reconhecerem a positividade dos cuidados prestados ao recém-nascido, aludiram a falhas no processo de comunicação entre elas e os profissionais de saúde, denotando existir uma relação de poder e o uso abusivo da linguagem técnica por parte da equipe da UTIN.

### Classe IV – Representação das síndromes hipertensivas da gravidez seguidas do nascimento prematuro e hospitalização do filho na UTIN

A partir da consolidação dos resultados gráficos e das falas maternas, foi construída a Figura 4, na qual se observa que a palavra *morte* foi comum em todas as classes analisadas. Dessa forma, podemos considerar que ela constitui a representação mais forte da gravidez que cursa com síndrome hipertensiva e que teve como consequências o parto pré-termo e a hospitalização do filho na UTIN. Resultado semelhante é observado com o vocábulo *sobreviver*, porém, na análise dos dados, conforme apresentada nas classes, percebe-se que essa palavra diz respeito às dúvidas maternas quanto à própria sobrevivência e à do filho, o que reforça o sentido de morte presente em todos os contextos analisados.

Assim, as SHG que favoreceram o parto pré-termo e consequente hospitalização do filho na UTIN, conforme ob-

servado na Figura 4, tiveram como eixo de ligação a *morte*, em um ciclo vivenciado por *angústia*, *sofrimento*, *dúvidas*, *medo* e *esperança*, no qual a *hospitalização* funcionou como meio de preservar graves complicações maternas e fetais.



**Figura 4** – Representações sociais das SHG e algumas de suas consequências: nascimento prematuro e UTIN para 70 puérperas – Natal, RN – 2009

Cabe salientar que essa realidade foi vivenciada pelas mulheres em um período que, em condições normais, já é considerado de maior labilidade emocional. Assim, percebe-se que, em um ciclo gravídico-puerperal considerado de alto risco, essa instabilidade emocional esteve mais acentuada devido às situações de estresse às quais as mulheres estavam submetidas.

## DISCUSSÃO

As entrevistadas apresentam um nível de escolaridade, instrução e frequência ao pré-natal satisfatórios. Com isso, podemos considerar que as representações sociais neste estudo foram construídas por mulheres com capacidade de entender o seu processo de alteração na gravidez e aprender informações fornecidas pelos profissionais durante o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal, desde que essas fossem favoráveis à identificação de fatores de risco, adesão ao tratamento e condutas de promoção à saúde.

A ocorrência elevada de partos cesáreos confirma dados apontados por autores de que, no Brasil, há uma tendência para que as mulheres acatem a decisão médica pelo parto cirúrgico como prioridade<sup>(12)</sup>. Essa realidade é mais evidente em situações nas quais a vida da mãe, do feto ou de ambos está em perigo, quando essa decisão é acatada sem questionamentos, com vistas a reduzir riscos maternos e fetais.

Quanto à incidência de partos pré-termo, os valores encontrados são semelhantes a outros estudos que afirmam um crescente aumento de nascimentos prematuros em mulheres com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia<sup>(5,13)</sup> e com a consequente hospitalização do filho na UTIN<sup>(6)</sup>.

O *corpus*, analisado à luz da representação social, possibilitou identificar o impacto e as repercussões da gravidez com síndrome hipertensiva como uma situação que desencadeou aspectos emocionais traumáticos ancorados no receio de morte tanto para a mulher como para o filho e objetivado com a precoce hospitalização materna.

Os sentimentos negativos, advindos das dúvidas quanto à própria sobrevivência e a do filho, desencadearam maior labilidade emocional. Essas alterações adaptativas, comuns na gravidez de alto risco, são decorrentes do novo papel e da perda do controle em relação à gravidez<sup>(14)</sup>. Acredita-se que, de alguma forma, essas sensações podem ter influenciado na resposta insatisfatória à terapêutica usada para controle dos quadros hipertensivos e no desencadeamento do parto pré-termo.

Com o nascimento prematuro, é observado que as mulheres passam a não valorizar os próprios riscos puerperais, desconsiderados em detrimento de concentrar esforços que favoreçam a sobrevivência do filho. Afiora então o sentimento de culpa, pois, se por um lado existe o discreto conhecimento do saber científico de que a pressão alta pode levar à prematuridade, o saber consensual, influenciado por aspectos sociais, traz à tona a responsabilidade de não ter sido capaz de levar a gravidez a termo. Ainda que esses dois conhecimentos qualifiquem a representação do parto prematuro, percebe-se a forte influência do conhecimento empírico frente ao científico.

Com a hospitalização do filho na UTIN, surge a memória coletiva de significar esse lugar como um espaço emblemático da morte, mas, posteriormente, elas a ressignificam como necessária para *salvar vida dos prematuros*. Nesse ambiente, novas representações do papel materno são estabelecidas, emergidas da exigência da equipe para que as mães participem dos cuidados ao filho em um ambiente desconhecido e apavorante e que as submeta a sofrimentos.

Por outro lado, as mães entendem que permanecer como acompanhantes dos filhos na UTIN é necessário para a recuperação deles, entretanto, sua inserção nesse setor é dificultada pelos aparatos tecnológicos, linguagem técnica dos profissionais e pelo receio de causar sofrimento ao filho<sup>(15)</sup>. Acredita-se ser imprescindível que, na UTIN, o cuidar com habilidade técnica esteja incorporado à subjetividade, como um ato de cuidar abrangente e humanizado tanto aos neonatos como aos seus pais<sup>(16)</sup>.

As palavras *angústia*, *sofrimento*, *dúvidas* e *medo* foram expressões que constituíram o universo periférico, formadas por aspectos de uma experiência negativa construída por ocasião da rotulação de gravidez de alto risco, sequenciada da hospitalização, resolução precoce do parto e consequente admissão do filho na UTIN. Assim, mesmo que a resolutividade no serviço de alta complexidade tenha afastado o risco de óbito materno ou fetal, o *sentido de morte* continuou fortalecido pela quebra de uma gravidez idealizada e objetivada pelo nascimento de um filho em situação contrária ao desejado.

Assim, com base nas definições de um autor<sup>(17)</sup>, os elementos periféricos neste estudo assumem suas funções da seguinte forma: a *função de concretização*, quando a mulher e o filho prematuro necessitam hospitalização em unidade de alto risco, desencadeando sensações de angústia, sofrimento, dúvidas e medos; a *função de regularização*, que surge na tentativa de adaptação das mulheres a essa nova realidade, embora a permanência hospitalar demorada lhes traga desgastes físicos e emocionais; e a *função de defesa*, quando elas utilizam a fé e a esperança como estratégias de enfrentamento e, sobretudo, quando consideram a UTIN como fonte de vida, ainda que no senso comum estabeleçam sua relação com a morte.

Esses significados e sentidos concretizam a influência dos elementos periféricos na formação do núcleo central *morte*, o que estabelece que as SHG, à luz da representação social, assim como no saber científico, representam o risco de morte materna, fetal ou neonatal. Essa representação evidencia que os aspectos negativos observados estão fortemente relacionados às influências sociais trazidas pelas mulheres de que a maternidade, como inerente ao universo feminino, ocasiona repercussões desastrosas físicas e emocionais quando algo não acontece como esperado.

Nesse contexto, observa-se que o período gravídico e puerperal das mulheres investigadas foi permeado por situações de estresse e que as necessidades emocionais básicas não foram atendidas de forma satisfatória, gerando sensação de desespero e desamparo. Em situação de traumas decorrentes da gravidez e do parto, autores lembram que as mulheres precisam encontrar espaços para falarem de suas experiências traumáticas pós-parto, pois, quando o significado de um evento não é analisado, as pessoas tendem a assimilá-lo, gerando fragilidade, vulnerabilidade e traumas posteriores<sup>(18)</sup>.

Com isso, pode-se considerar que a representação social das síndromes hipertensivas da gravidez e parto prematuro, neste estudo, corresponde a uma *representação social de aspectos negativos* que requer atuação sobre os elementos periféricos, pois as modificações nos núcleos periféricos permitem a flexibilidade ao sistema representacional e promovem alterações no núcleo central, que uma vez transformado modifica a representação<sup>(19)</sup>.

Assim, acredita-se que os aspectos negativos que constituíram o núcleo periférico e que deram sustentabilidade ao núcleo central podem ser minimizados com as orientações adequadas, diagnóstico precoce, condutas efetivas, postura acolhedora da equipe, atitudes de promoção à saúde e políticas públicas efetivas. Ações que incluam reciprocidade, confiança, diálogo permanente e responsabilidade compartilhada são atitudes que devem

ser adotadas pelos profissionais de saúde no cuidado às grávidas de alto risco, na perspectiva de promover um nascimento saudável<sup>(20)</sup>. Tais condutas podem modificar o sentido de aproximação da *morte* vivenciado pelas mulheres deste estudo e que pode ter influenciado os efeitos adversos, como a elevação dos níveis pressóricos, o desencadeamento do parto prematuro e a consequente hospitalização do filho na UTIN.

## CONCLUSÃO

As síndromes hipertensivas da gravidez que favoreceram o parto pré-termo e a consequente hospitalização do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal resultaram na construção de uma representação social negativa, que teve como núcleo central a morte e como periféricos os significados e sentimentos negativos advindos de situações estressantes, decorrentes dos riscos aos quais estiveram expostos a mãe e o feto. Essas construções permitiram identificar um caráter mais subjetivo das síndromes hipertensivas da gravidez, com dimensões de origem não físicas, que não caracterizam os sintomas clássicos de uma doença, no qual as fortes influências dos fatores emocionais contribuíram para os desfechos desfavoráveis.

Diante de tal constatação, questiona-se a qualidade dos cuidados dispensados às mulheres participantes deste estudo, durante o acompanhamento no ciclo gravídico puerperal, desde o pré-natal até o serviço de maior complexidade, especialmente no que se refere ao suporte emocional, à qualidade das informações fornecidas pelos profissionais, aos esclarecimentos dos riscos gestacionais e aos cuidados de promoção à saúde inerentes aos quadros de hipertensão gestacional.

Por ter sido este estudo realizado com mulheres usuárias do serviço público, não podemos garantir que essa realidade seja inerente ao atendimento àquelas que desenvolvem síndrome hipertensiva da gravidez e que são acompanhadas no serviço privado. Porém, trata-se de uma amostra significativa atendida em um serviço de referência estadual para gravidez e nascimento de alto risco no Rio Grande Norte.

Nesse contexto, este estudo fornece subsídios que podem sensibilizar profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimento à mulher, no sentido de adotarem um cuidar que valorize aspectos subjetivos presentes na gravidez, especialmente nas situações das síndromes hipertensivas da gravidez, com vistas a garantir condições dignas de atendimento para que se promova a capacidade da mulher para enfrentar com menos desgastes os efeitos adversos decorrentes do alto risco gravídico e puerperal.

## REFERÊNCIAS

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006; 367(9516):1066-74.
2. Barton JR, Sibai BM. Prediction and prevention of preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2 Pt 1):359-72.
3. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):53-8.
4. Ye RW, Li HT, Ma R, Ren AG, Liu JM. Prospective cohort study of pregnancy-induced hypertension and risk of preterm delivery and low birth weight [abstract]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2010;44(1):70-4.
5. Silveira MF, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):185-94.
6. Habli M, Levine RJ, Qian C, Sibai BM. Neonatal outcomes in pregnancies with preeclampsia or gestational hypertension and in normotensive pregnancies that delivered at 35, 36, or 37 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(4):406.e1-7.
7. Breen GV, Price S, Lake M. Spirituality and high-risk pregnancy: another aspect of patient care. *AWHONN Lifelines*. 2006;10(6):466-73.
8. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB; 2005. p. 511-39.
9. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Maternidade Escola Januário Cicco. Dados estatísticos institucionais. Natal: UFRN; 2008. p. 1-10.
10. Moscovici S. On social representations. In: Forgas JP, editor. *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press; 1981. p.181-209.
11. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2002.
12. Kasai KE, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS, Zugaib M. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*. 2010;26(3):319-26.
13. Sibai BM. Preeclampsia as a cause of preterm and late preterm (near-term) births. *Semin Perinatol*. 2006;30(1):16-9.
14. Quevedo MP, Lopes CMC, Lefèvre F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2006;16(1):12-21.
15. Molina RCM, Marcon SS. Benefits of mothers' permanence and participation in the care for their hospitalized child. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2010 Sept 19];43(4):856-64. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en\\_a17v43n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a17v43n4.pdf)
16. Conz CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Promoting affective attachment at the Neonatal Intensive Care Unit: a challenge for nurses. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2010 Sept 19];43(4): 849-55. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en\\_a16v43n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a16v43n4.pdf)
17. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira D, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB; 1998. p. 27-38.
18. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*. 2009;25(2):e21-30.
19. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ; 2001. p.155-69.
20. Berg M.. A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. *J Perinat Educ*. 2005;14(1):9-21.